



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Büro) Mobil

Hausarzt Beruf

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto Vegetarier Veganer

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein **Haben Sie Haustiere?** ja / nein **Schnarchen Sie?** ja / nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen (HNO)? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit: ja / nein Wenn ja, welche _____

Wie viele Infekte (z.B. Erkältung, Ohren- bzw. Mandelentzündung) **hatten Sie in den letzten 12 Monaten:** _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Diabetes mellitus
 Lebererkrankung Nierenerkrankungen Schilddrüsenerkr. Asthma / COPD Migräne
 Krebserkrankungen Gemütskrankungen Hepatitis HIV Sonstige

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Migräne
 Krebserkrankungen Diabetes Allergien Asthma / COPD

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Welche? _____

Tragen Sie Hörgeräte? ein zwei seit _____ verordnet durch Dr. _____ Akustiker _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja / nein

.....
Datum

.....
Unterschrift